



ДОХОД. Введите ВАШУЮ ДОХОД, ДАЮ ВЫЧЕТА НАЛОГОВ ИЛИ РАСХОДОВ. Введите 0, если вы или ваш(а) супруг(и) не имеете работы или не живете в семье с детьми.

11 НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ И ТЕЛЕФОН	АРУГОЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД	СУММА ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПОЛУЧИЛ ДАННЫЙ ДОХОД?
()	15 МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ/ТАМБЛЕТЫ	\$	
12 Сумма, которую вы получили за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов:	16 МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ СУПРУГ(И)	\$	
\$	17 ПЛАТЕЖ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	\$	
\$	18 ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	\$	
13 НАЗВАНИЕ И ТЕЛЕФОН МЕСТА РАБОТЫ СУПРУГ(И) ИЛИ АРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ:	19 ПРОЦЕНТЫ ОТ БАНКОВСКОГО СЧЕТА	\$	
()	20 ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНАМ	\$	
14 Сумма, полученная взаимной супругой(и) или другим родителем, проживающим в семье за последние 30 дней до вычета налогов или расходов:	21 LABOR/INDUSTRIES	\$	
\$	22 ВЫПЛАТЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ	\$	
\$	23 ДРУГОЕ: пожалуйста, объясните!	\$	
*ЕСЛИ ВЫ ИЛИ ВАША СУПРУГ(И) ИЛИ АРУГОЙ РОДИТЕЛЬ ЖИВУЩИЙ В СЕМЬЕ РАБОТАЕТЕ НА СЕБЯ, ТО ВОЗМОЖНО ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ДРУГИЕ ВЫЧЕТЫ, ПОЖАЛУЙСТА, ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-877-KIDS-NOW ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ.			

Информация о медицинской страховке Расскажите нам о любой медицинской страховке, которую ваши дети уже имеют.

25 Имя, номер, либо название страховки на медицинскую страховку?	25 Если да, то пожалуйста укажите страну происхождения ваших детей.	26 Если да, то пожалуйста укажите дату медицинского страхования в месяц.	26 Если да, то пожалуйста укажите дату медицинского страхования в месяц.
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27 Если вы отвечаете "Да" на вопрос, то пожалуйста укажите название страховой компании или название места работы, обеспечивающего медицинскую страховку для ваших детей.	НОМЕР ПОЛИСА	ИМЯ ОБЛАДАТЕЛЯ ПОЛИСА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЛАДАТЕЛЯ ПОЛИСА НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ МЕСТО РАБОТЫ			

Раса детей/этническое происхождение (добровольная информация)

Мы просим вас добровольно указать расу или этническое происхождение ваших детей. Данная информация не будет использоваться при определении вашего права на получение страховки.

Белый Латинскоамериканец Американский индейско/рожевец Аляски
 Выпалец/Пасифик/Карибский Другой Азиат или уроженец Тихоокеанских Островов Другое

Внимательно прочтите данный раздел перед подписанием

Данное заявление предназначено только для получения медицинской страховки на детей. Если кто-либо в вашей семье уже получает или желает подать заявление на получение денежного пособия, продуктовых талонов или других пособий, пожалуйста, пожалуйста, свяжитесь с местным офисом общественного обслуживания DSHS (CSO).

- DSHS может потребовать доказательства информации, которую вы предоставляете, для того, чтобы определить имеете ли вы право на страховку. Вы можете запросить у DSHS помощи в получении доказательства.
- Наша информация может быть рассмотрена другими агентствами штата или федеральными агентствами. Данная информация НЕ будет выдана в бюро Иммиграции и Защиты и получения медицинской страховки, вы дадите штату Вашингтон все права на любую медицинскую помощь и платежи третьей стороны на медицинское обслуживание.
- DSHS может выдать информацию о вакцинациях ребенка в систему слежения за вакцинациями.

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочитал и понимаю информацию, приведенную в данном заявлении, я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, которую я предоставляю(а) в данном заявлении, является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно наилучшим образом.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Как направить заявление

ОТПРАВЬТЕ ПО ПОЧТЕ ПО АДРЕСУ:
Dept. of Social and Health Services
 P.O. Box 45531
 Olympia, WA 98599-5531

ОТПРАВЬТЕ ПО ФАКСУ:
(360) 664-0518

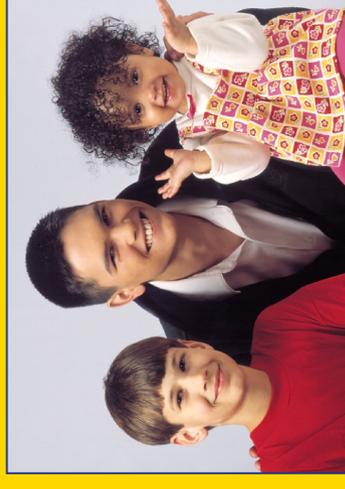
ДЛЯ ПОМОЩИ: Если вам нужна помощь или у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)**



Healthy Kids NOW!
 HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

1-877-KIDS-NOW

Бесплатно (1-877-543-7669)



Для информации в вашем районе:

1-877-KIDS-NOW

Бесплатно (1-877-543-7669)



Штат Вашингтон имеет бесплатную медицинскую страховку и медицинскую страховку низкой стоимости для детей и подростков

Каждый ребенок заслуживает того, чтобы быть здоровым. Медицинская страховка помогает детям в сохранении здоровья. Сейчас 100,000 детей и подростков в штате Вашингтон не имеют медицинской страховки. Сейчас многие семьи могут получить бесплатную страховку или страховку низкой стоимости для своих детей. Перебудьте беспокоясь о медицинских расходах. Позвоните бесплатно по телефону 1-877-KIDS-NOW для получения информации или чтобы заполнить это простое заявление. Для того, чтобы выяснить, имеет ли ваши дети право на страховку!

Эта страховка не охватывается на статусе в программе WorkFirst или гражданстве.

Тысячи детей младше 19 лет имеют право на страховку

Дети, начиная с новорожденных и заканчивая подростками, могут получить бесплатную страховку или страховку низкой стоимости. Многие семьи в штате Вашингтон имеют на нее право и не знают об этом. Различные программы страховот детей из разных семей:

- Детей с одним родителем
- Детей работающих родителей
- Детей, живущих с бабушкой и дедушкой, другими родственниками или друзьями
- Детей с двумя родителями
- Подростков (младше 19 лет), живущих самостоятельно
- Детей, родители которых не имеют гражданства
- Детей с предсуществующими никами или друзьями
- Детей с двумя родителями

Какого рода обслуживание покрывается?

Программы медицинской страховки покрывают полный спектр обслуживания, необходимого для того, чтобы любой ребенок оставался здоровым. Не ждите пока кто-то в семье заболит или получит травму. Подайте заявление сейчас и вскоре ваши дети смогут иметь медицинскую страховку! После того, как определится, что ваш ребенок имеет право на страховку, вы получите дополнительную информацию о том, как получить обслуживание. В покрываемые услуги входят:

- Приемы у врача и медсестры
- Стоματοлогическое обслуживание
- Осмотров и вакцинация
- Физическая и речевая терапия
- Очки и слуховые аппараты
- Транспортировка на приеме к врачу
- Консультации и многое другое!

Как я могу узнать, имеют ли мои дети право на страховку?

Процесс является простым и на программу имеют право многие работающие семьи. Доход, количество членов семьи (обязательно в случае беременности включите в состав семьи новорожденного ребенка) и некоторые месячные расходы рассматриваются при определении права на страховку. Для того, чтобы выяснить, имеет ли ваши дети право на программу, следуйте простым нижеприведенным шагам. Затем сравните ваш месячный доход с таблицей.

Напишите месячный семейный доход (до вычетов) \$

- Вычтите любую сумму выплачиваемую вами на уход за детьми или взрослыми в то время, как вы работаете.
- Вычтите любую сумму выплачиваемую вами в качестве материальной помощи по уходу за Судом на ребенка, не живущего в семье.
- Вычтите \$90 за каждого взрослого в семье, имеющего работу.

Сравните, чтобы выяснить имеете ли вы право на страховку

Если ваш месячный доход находится в пределах указанных в таблице, то, возможно, что ваши дети имеют право на бесплатную медицинскую страховку или медицинскую страховку низкой стоимости!

Многие люди, имеющие более высокий доход, все же имеют право на программу. Если ваш доход выше указанного в таблице, пожалуйста, позвоните по телефону 1-877-KIDS-NOW для дополнительной информации

Количество людей в семье (включает родителей и детей)	Бесплатная медицинская Medicaid (доходы (после вычетов, сальных в штате))	Страховка низкой стоимости CHIP (Прибыльный семейный доход (после вычетов, сальных в штате))
1	До \$1,432	\$1,433 до \$1,790
2	До \$1,935	\$1,936 до \$2,419
3	До \$2,439	\$2,440 до \$3,048
4	До \$2,942	\$2,943 до \$3,678
5	До \$3,445	\$3,446 до \$4,307
Более	Добавь \$50 на каждого ребенка старше	Добавь \$50 на каждого ребенка старше

Уровень дохода действителен до 31 марта 2007 года. Данная таблица относится только к медицинскому страхованию детей младше 19 лет. Имеются другие программы, предоставляемые для страхования семей, беременных женщин и людей, не имеющих гражданства, в которых предоставляется другие требования к доходу. Позвоните по телефону 1-877-KIDS-NOW, чтобы получить дополнительную информацию.

Отличные программы для Вашингтонских детей

Программы для людей, не имеющих гражданства—Бесплатная медицинская страховка

- Покрывает детей людей, не имеющих гражданства и подростков моложе 18 лет.
- БЕСПЛАТНАЯ страховка (нет взносов или доплат)
- Позвоните 1-877-KIDS-NOW, чтобы узнать о предоставляемых к доходу требованиях.

Medicaid — Бесплатная медицинская страховка

- Покрывает детей и подростков младше 19 лет.
- Обратитесь к КРАСНОМУ квадратику, чтобы узнать о требованиях к доходу.
- БЕСПЛАТНАЯ СТРАХОВКА (нет взносов или доплат).
- После получения права на страховку, неотплаченные медицинские счета за последние три месяца могут быть оплачены.

CHIP — Медицинская страховка низкой стоимости

- Покрывает детей и подростков младше 19 лет.
- Обратитесь к СИНЕМУ квадратику, чтобы узнать о требованиях к доходу.
- Взносы начисляются раз в месяц:
- \$10 на каждого ребенка
- Имаксимум \$30 за трех или более детей)
- Доплаты взимаются во время предоставления услуг:
- \$5 за прием у врача
- \$5 за фирменные лекарства
- Американские индейцы и уроженцы Аляски не платят взносов и доплат.

Медицинская страховка помогает детям оставаться здоровыми—позвоните или подайте заявление сегодня!

Медицинская страховка помогает детям оставаться здоровыми—позвоните или подайте заявление сегодня!

Позвоните бесплатно 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669)

Находящиеся на линии операторы, готовы вам помочь с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу или направьте сегодня свое заявление по почте! Информацию, также, можно получить на нашей странице в Интернете по адресу: <http://www.hipsprokane.org/HKI/>

Как скоро мои дети получат медицинскую страховку?

- После того, как медицинская страховка будет одобрена для ребенка или подростка, она вступит в действие первого числа того месяца, в котором было получено заявление!
- Вы получите письмо, извещающее вас о том, имеют ли ваши дети право на страховку в течение 6 недель.
- Сразу после получения одобрения на страховку дети или подростки могут начать получать медицинское обслуживание.
- Для скорейшего обслуживания убедитесь в том, что вы заполнили заявление полностью.

Подайте заявление просто!

- Заполните заявление, прилагаемое к данной брошюре.
- Отправте страницу заявления.
- Отделите конверт от заявления.
- Сложите заявление и вложите его в конверт.

Бросьте в любой почтовый ящик! Марка не нужна.

Вы можете сохранить данную брошюру для себя. Если у вас есть вопросы, позвоните бесплатно по телефону 1-877-KIDS-NOW. После того, как ваше заполненное заявление будет получено, будет проверено имеет ли право на страховку.

- Вначале рассматривается право детей на получение бесплатной медицинской страховки (программ Medicaid) и предназначенных для людей, не имеющих гражданства США).
- Дети, которые не удовлетворяют требованиям на бесплатную страховку, проверяются на право получения страховки низкой стоимости (CHIP).

Лицо, помогающее клиенту заполнить заявление:

Организация: _____ Телефон: _____ () _____

Healthy Kids Now!
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Washington State Department of Social & Health Services

Заявление на медицинскую страховку для детей

Данное заявление только на медицинскую страховку для детей и подростков младше 19 лет. Родитель, опекун, социальный работник, друг ребенка или сам подросток, подающий заявление, может заполнить данное заявление. **Вся последующая информация будет выслана человеку, указанному в строке 7.** Если у вас есть вопросы или вы желаете получить помощь в заполнении данной формы, просто позвоните по телефону 1-877-543-7669. Мы будем рады вам помочь!

ПЛАШЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (укажите родителя, опекуна или контактного человека, который будет получать последующую информацию).

1. ИМЯ	УИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
2. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	УИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
3. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ	УИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
4. ТЕЛЕФОНЫ	5. Трудно ли вам говорить, читать или писать по-английски? Необходимо ли вам присылать материалы на другом языке? Необходимо ли вам переводчик? (Если да, то вы будете с вами говорить через переводчика) На каком языке вы говорите? _____			
ДОМАШНИЙ () _____	6. Есть ли в вашей семье беременная женщина? Если да, то кто? _____			
РАБОЧИЙ () _____	Имеет ли ребенок младше 19 лет медицинское состояние, которое требует неотложного лечения? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
() _____				
ДИЯ СООБЩЕНИЯ () _____				
() _____				

Общая информация

7. Укажите членов семьи, проживающих вместе. Если необходимо указать дополнительных членов семьи, приложите отдельные лист бумаги.

ИМЯ ИЛИ ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ	РОДСТВО К ВАМ	ГРАЖДАНСТВО США	ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК НЕ РАБОТАЕТ НА ДОЛЖНОСТИ ПОКАЗЫВАЮЩИЙ ЕГОЕ СТАТУС ПОЖАЛУИСТА ПРИЛОЖИТЕ ДОКУМЕНТ	УКАЖИТЕ ПРИЕЗДА РЕБЕНКА В США	НОМЕР СОДИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ * НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ ПОСЛЕ ЖЕЛАННО!
A. РОДИТЕЛЬ, ОТЕКУН ИЛИ САМ ПОДРОСТОК					
B. СУПРУГ/А ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ (если живет в семье)					
C. УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МОЛОЖЕ 19 ЛЕТ (тех, кто хочет получить медицинскую страховку)	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ПОСЛЕ ЖЕЛАННО!
D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G. П УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ ИЛИ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В СЕМЬЕ (тех, кто не хочет медицинскую страховку)	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ПОСЛЕ ЖЕЛАННО!
H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
U.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
W.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
X.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Z.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Является ли ребенок моложе 19 лет в семье инвалидом? Да Нет

Если да, то кто? _____

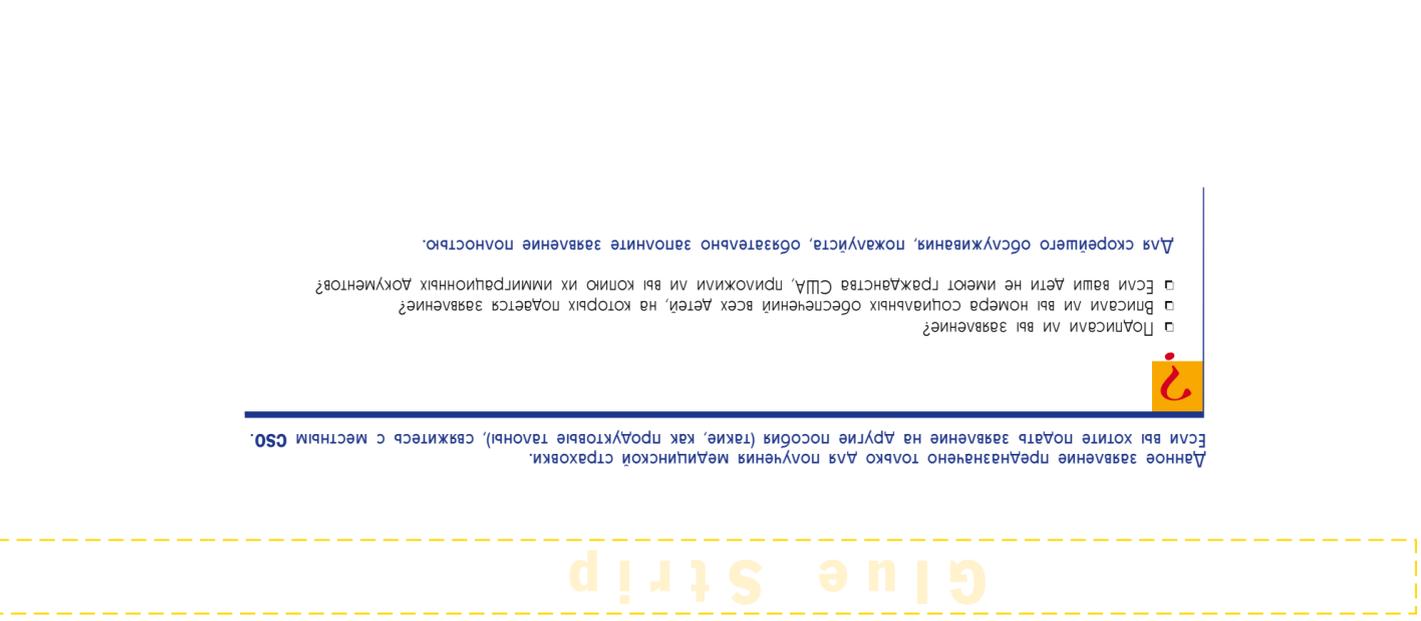
9. Оплачиваете ли вы уход за детьми в то время, как вы работаете или учитесь? Платите ли вы кому либо за уход за взрослым инвалидом в то время, когда вы работаете или учитесь? Да Нет

10. Платите ли вы материальную помощь по уходу суда на ребенка, не живущего в вашей семье? Да Нет

Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____

Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____

Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____



Где вы хотите подать заявление на другие пособия (такие, как продовольственные талоны), свяжитесь с местным CSO

Полтавски ли вы застрахованы?
Вискали ли вы номера социальных обеспечений всех детей, на которых подается заявление?
Если ваши дети не имеют гражданства США, приложили ли вы копии их иммиграционных документов?
Для скорейшего обслуживания, пожалуйста, обязательно заполните заявление полностью.

Line Strip